

Supervivencia en pacientes operados de cáncer colorrectal

Survival in patients operated on for colorectal cancer

MsC. Ariadna Céspedes Moncada y MsC. Georgina Castellanos Sierra

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de cohorte retrospectivo, de 90 pacientes operados de cáncer colorrectal con fines curativos, que fueron asistidos en el Servicio de Coloproctología del Hospital Universitario "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" de Santiago de Cuba, desde enero de 1993 hasta diciembre del 2003, con vistas a determinar la supervivencia en ellos. Para la validación de los resultados se aplicó el test de Kaplan-Meier, y entre estos se destacaron el sexo femenino y los afectados mayores de 60 años de edad. También se observó que los pacientes operados por esta causa sobreviven un promedio de 5 años, con variaciones que no distan de las estadísticas mundiales, según las variables clinicoepidemiológicas seleccionadas.

Palabras clave: cáncer colorrectal, supervivencia, test de Kaplan-Meier, Servicio de Coloproctología.

ABSTRACT

A descriptive, observational study, of retrospective cohort was carried out in 90 operated patients for colorectal cancer with curative aims, who had been attended in the Coloproctology Service of "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" University Hospital in Santiago de Cuba, from January, 1993 to December, 2003, with the objective of determining their survival, for which the method of Kaplan-Meier estimate was applied. Among the relevant results there were the female sex and the age older than 60 years; it was also observed that the patients operated for this cause survived an average of 5 year, with variations not far from the world statistics, according to the clinical and epidemiological variables selected.

Key words: colorectal cancer, survival, Kaplan-Meier test, Coloproctology Service.

INTRODUCCIÓN

La vida es el intervalo de tiempo que transcurre desde el nacimiento de un animal o vegetal hasta su muerte. Para un ser humano seguir con vida es lo más importante, después del diagnóstico de una enfermedad neoplásica. Actualmente el cáncer causa la décima parte de la mortalidad general a nivel mundial, y es la segunda causa de defunciones en la mayor parte de los países desarrollados; cada año mueren 4 millones de personas.

El cáncer de colon es el tumor que se desarrolla por degeneración maligna de las células del intestino grueso, desde la válvula ileocecal hasta la flexura rectosigmoidea; desde esta última hasta 4 centímetros del ano se denomina cáncer de recto.^{1,2}

Así, el colon -- incluido el recto -- es la víscera en la que se origina un mayor número de neoplasias de todo el cuerpo, que constituyen la tercera causa de mortalidad por cáncer, aunque tiene mejor pronóstico. Su incidencia es más elevada en América del Norte, Australia, Nueva Zelanda y parte de Europa, por lo que es considerada una enfermedad de estilo occidental.^{3,4} En el mundo se estiman un total de 550 000 muertes anuales, y específicamente en los Estados Unidos se diagnostican cada año más de 150 000 nuevos casos y más de 80 000 muertes asociadas a estos tumores.

En Cuba los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte, mientras el cáncer colorrectal (CCR) ocupa el quinto lugar de incidencia según localización, con un diagnóstico durante el año 2006 de 1 929 pacientes, de los cuales, 1 146 eran mujeres y 783 hombres, para una tasa de 20,4 y 13,9, respectivamente. En cuanto a la distribución por grupos etarios, los más afectados se registraron por encima de los 40 años, principalmente los mayores de 60 años, con 639 hombres y 965 mujeres, para 77 y 106,3 %, respectivamente.²

Resulta oportuno señalar que la incidencia más alta se ha registrado en países desarrollados, con mayor frecuencia en el sexo masculino y una duración de vida de 4,6 % para los hombres y 3,2 % en las mujeres. En Cuba no se manifiesta de la misma forma, y el mayor porcentaje de afectación y defunciones se observa en el sexo femenino.

Por su parte, los pacientes sobre todo corresponden a los grupos etarios por encima de los 50 años, y generalmente se observa un peor pronóstico en los jóvenes, lo cual se comporta de igual forma en todo el mundo.

Sobre la supervivencia de los afectados con cáncer colorrectal influyen múltiples factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y diagnósticos, los cuales determinan las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento; por lo que garantizar una sobrevida con calidad, se ha convertido en el más grande reto de la cirugía oncológica.³

Así, la prevención es la piedra angular para garantizar una sobrevida satisfactoria. En esta labor el nivel de atención primaria de salud posee un papel primordial, sustentado en las habilidades que desarrolle el equipo básico de salud para desempeñar una labor de promoción efectiva, con la modificación de estilos de vida negativos, la disminución del efecto de los factores mutagénicos, la promoción de hábitos alimentarios saludables y la identificación de los grupos de riesgo. También se deben reconocer los síntomas y signos de alarma, tales como: cambios en el hábito intestinal, heces fecales acintadas, sangrado rectal, anemia de causa inexplicable, tumores intraabdominales, entre otros. Este quehacer debe ir unido de forma indisoluble al nivel de atención secundaria, donde se encuentran los medios necesarios para garantizar la pesquisa de los pacientes en riesgo, así como un diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y el seguimiento posoperatorio adecuado.

Por lo antes expuesto, surgió el interés por llevar a cabo este trabajo, que se basó en la descripción del comportamiento global, según variables seleccionadas, de la supervivencia en pacientes operados por cáncer colorrectal, para así incrementar el

conocimiento al respecto, lo que permitirá proponer medidas de promoción, prevención y tratamiento garantizado, a fin de lograr una mejor calidad de vida de los afectados.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de cohorte retrospectivo, de 90 pacientes operados por cáncer colorrectal con fines curativos, que fueron ingresados en el Servicio de Coloproctología del Hospital Universitario "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo" de Santiago de Cuba, desde enero de 1993 hasta diciembre del 2003, con vistas a determinar la supervivencia en ellos.

La muestra fue seleccionada según los siguientes criterios:

- De inclusión
 - Haber recibido tratamiento quirúrgico con fines curativos por neoplasia colorrectal.
 - En caso de haber fallecido, el cáncer colorrectal debía aparecer registrado como una de las causas de muerte.
 - Debía verificarse si el tumor era resecable durante el acto quirúrgico.
- De exclusión
 - Pacientes en quienes se realizó colostomía derivativa como tratamiento paliativo.
 - Imposibilidad de establecer el estado vivo o fallecido en el momento de la investigación.
 - Fallecimiento antes del año de haber sido operado a causa del CCR.
 - Pacientes que no cumplieran con los criterios de inclusión.

Con el objetivo de recolectar los datos, se establecieron coordinaciones de trabajo con los departamentos de Archivo, Estadísticas y Anatomía Patológica de la institución, y se revisaron las historias clínicas de los pacientes, los registros estadísticos del Servicio, así como las visitas realizadas a sus hogares, para constatar el estado de cada uno en el momento del estudio. Asimismo, se utilizó la clasificación del Comité Estadounidense Conjunto sobre el Cáncer, que define la presencia de tumor primario y de ganglios linfáticos y regionales, así como la metástasis a distancia.⁴

Para evitar sesgos, los mismos investigadores confeccionaron y llenaron una planilla, que comprendía las siguientes variables: sexo, edad, enfermedades de riesgo coexistentes en el paciente, así como tipo histológico, localización y estadio del tumor. Luego, la información fue procesada mediante el sistema estadístico SPSS, versión 1.5, y se distribuyó en frecuencias. Para establecer la supervivencia global, y según las variables establecidas, se aplicaron el estimador de Kaplan-Meier⁵ y el método de log-rank; este último con un error permisible de 5 %.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra que en la serie predominara el sexo femenino, con 56 pacientes, para 62,2 %; también se constató una mayor frecuencia de la enfermedad a partir de los 60 años de edad, con 62,3 % del total.

Tabla 1. Pacientes según grupo etario y sexo

Grupo etario	Sexo				Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
20 – 29	2	2,2			2	2,2
30 – 39	2	2,2	1	1,1	3	3,3
40 – 49	7	7,8	4	4,4	11	12,2
50 – 59	11	12,2	7	7,8	18	20,0
Más de 60	34	37,8	22	24,5	56	62,3
Total	56	62,2	34	37,8	90	100,0

Fuente: historias clínicas

Respecto a las enfermedades asociadas al cáncer colorrectal, se observó que 28,9 % de los pacientes habían padecido colitis inespecíficas, seguidos, en orden descendente, de los que habían presentado enfermedad polipoidea o colitis ulcerativa idiopática, con 13,3 y 11,1 %, respectivamente. No obstante, 46,7 % no había notificado antecedente patológico alguno que se relacionara con la neoplasia maligna.

Pasado un año de la intervención quirúrgica, se obtuvo 100,0 % de supervivencia en la casuística; en tanto, a los 5 años había disminuido a 71,1 %. Se registró un mayor número de defunciones luego de los 5 años (54 pacientes). Al finalizar la investigación, solo 11,1 % continuaba con vida (figura).

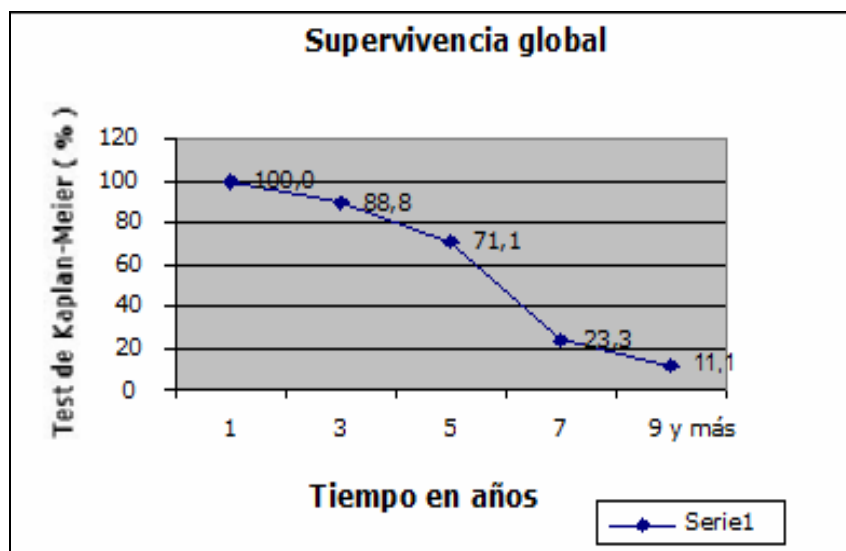


Fig. Supervivencia de los pacientes con el transcurso de los años

Al relacionar la edad con la supervivencia de los afectados (tabla 2), se observó que los grupos etarios de 50-59 años y de más de 60 años presentaban un mayor porcentaje de pacientes con supervivencia por encima de los 3 años de operados (con 88,8 y 91,0, respectivamente). Al cabo de los 5 años los índices más altos se observaron en los grupos por encima de los 40 años, y al término de la investigación el grupo de 40-49 años mostró el más alto porcentaje de supervivencia respecto al total de individuos que integraran el estudio, con un total de 3 sobrevivientes, para 27,2 %.

Tabla 2. Supervivencia de los pacientes según grupo etario

Años de supervivencia	Grupos etarios (años)										Total	
	20 – 29		30 – 39		40 – 49		50 – 59		Más de 60		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1	2	100,0	3	100,0	17	100,0	18	100,0	56	100,0	90	100,0
3	1	50,0	3	100,0	9	81,8	16	88,8	51	91,0	80	88,8
5			1	33,3	9	81,8	13	72,2	41	73,2	64	71,1
7			1	3,3	5	45,4	6	33,3	9	16,0	21	23,3
Más de 9					3	27,1	3	16,6	4	7,1	10	11,1

Fuente: historias clínicas

Cumplíendose la máxima estadística de que los pacientes con cáncer en estadios avanzados presentan menos tiempo de supervivencia, en la serie se obtuvo que los pacientes en estadio IV de la afección no sobrepasaran los 5 años de vida luego de la intervención (tabla 3). Durante los primeros 5 años no murió ninguno de los afectados en estadio I, pero se registraron 2 fallecimientos que correspondían al estadio II, para 91,3 % de supervivencia. Pasados 9 años del tratamiento quirúrgico, se notificó 75,0 % de pacientes en el estadio I, 4,3 % en el estadio II y ninguno en los estadios III y IV.

Tabla 3. Supervivencia de los pacientes según estadios clínicos de la entidad

Tiempo de supervivencia (años)	Estadios								Total	
	I		II		III		IV		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1	12	100,0	23	100,0	39	100,0	16	100,0	90	100,0
3	12	100,0	23	100,0	31	79,5	6	37,5	80	88,8
5	12	100,0	21	91,3	3	7,6			65	71,1
7	11	91,6	7	30,4					21	23,3
9 y más	9	75,0	1	4,3					10	11,1

Fuente: historias clínicas

DISCUSIÓN

En la serie las mujeres representaron el grupo más afectado; dato que concordó con lo descrito por otros autores,⁶⁻⁸ quienes señalan una relación de 2:1, con predominio del sexo femenino. Actualmente resulta polémico el planteamiento de que algunas condiciones anatómicas y fisiológicas, tal como el influjo hormonal, las características de la circulación linfática y las relaciones anatómicas del colon con los órganos reproductores internos femeninos, tengan relación con la alta incidencia del cáncer colorrectal en este sexo; asimismo, se recomienda la laparoscopia ginecológica durante las intervenciones curativas en el colon.⁷⁻⁹ No obstante, en algunas investigaciones^{9,10} se revela una frecuencia similar para ambos sexos.

Por otra parte, el CCR primó en el grupo etario de más de 60 años, con un comportamiento similar a lo observado en las estadísticas mundiales.⁹ También se ha notificado que la enfermedad ya afecta a personas mayores de 40 años y que individuos más jóvenes la padecen,¹⁰ lo cual se ha incrementado en los últimos años. De hecho, en este estudio se obtuvo un pequeño porcentaje de afectados en las edades entre 20 y 39 años, y a pesar de no ser una cifra significativa, ello conlleva una alta implicación social, económica y psicológica para el paciente, la familia y la sociedad; además, constituye

una de las razones por la que se deben incrementar las labores de pesquisa, a fin de realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

La colitis ulcerativa idiopática es un factor predisponente al cáncer colorrectal, que aumenta la incidencia de este último proporcionalmente a su tiempo de evolución, sobre todo luego de los 10 años, y al tamaño de la porción afectada del colon. Se ha demostrado que los pacientes con colitis ulcerativa poseen 5 veces más riesgo de presentar el tumor maligno. La poliposis del colon muestra en muchos casos una relación científicamente demostrada con el cáncer de colon y recto.¹⁴⁻¹⁷

Asimismo, la supervivencia global del grupo estudiado registró índices elevados, a diferencia de otro estudio¹⁶ donde se expone una supervivencia de 50 % a los 5 años. Otro resultado alentador fue la sobrevida de 10 pacientes al cabo de los 10 años; dato superior a los hallazgos de otros autores.^{6,7,17}

El bajo índice de sobrevivientes del grupo etario de 20-30 años al finalizar esta serie, puede estar fundamentado en los planteamientos de que el catabolismo del organismo joven acelera la actividad tumoral, lo cual se evidencia en su evolución posoperatoria desfavorable, principalmente en los afectados en estadios II, III y IV.

Referente a lo anterior, los pacientes más jóvenes de esta casuística fueron diagnosticados en estadios avanzados y presentaban variedades histicas de alta malignidad; elemento que ensombrece el tiempo de supervivencia. En investigaciones internacionales^{16,17} se ha demostrado que este suceso tiene una base genética, dado en la sobreexpresión del gen c-myc en los pacientes jóvenes clasificados en el estadio B, que se asocia con un peor pronóstico y, por consiguiente, con una supervivencia menor de 5 años sin recidiva de la enfermedad.

La estadificación de los pacientes es un aspecto de suma importancia, que define la conducta médico-quirúrgica y ofrece un pronóstico preoperatorio y posoperatorio; esta debe ser llevada a cabo en el seno de un equipo multidisciplinario de entendidos en la materia, lo que permitirá maximizar la eficacia terapéutica, a la vez que ahorrará esfuerzos y tratamientos intensivos en pacientes que no se beneficiarán de ello.¹⁸

Se ha demostrado que entre 20-33 % de los pacientes diagnosticados presentan negatividad en los ganglios, examinados por técnicas convencionales. Actualmente se detectan micrometástasis, con el uso de anticuerpos monoclonales en pacientes clasificados en los estadios I y II. Esto es causa de recidivas y agravamiento del proceso, y disminuye la supervivencia de pacientes en estadios que significan un mayor porcentaje de sobrevida.^{19,20}

El factor pronóstico más importante en pacientes con cáncer es la etapa clínica al momento del diagnóstico. Así, la tasa de supervivencia en pacientes en el estadio I de la entidad es de 95 % a los 5 años, y solo requiere tratamiento quirúrgico; por el contrario, en pacientes con estadio III la terapia neoadyuvante ha demostrado una mejoría en la supervivencia, puesto que el periodo libre de enfermedad a los 5 años es de 30 a 60 %, con lo que se logra un aumento de 10 a 15 %. El estadio II es todavía controversial.¹²

Al concluir la actual investigación, se pudo observar que en los pacientes operados por cáncer colorrectal con criterio curativo predominaron el sexo femenino y el estadio clínico III. Estos sobrevivieron como promedio 5 años luego de la operación, y los principales factores que modificaron la supervivencia de ellos, fueron el estadio clínico al momento de la intervención y el tipo histológico del tumor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vincent T, De Vita VT, Lawrence TS. De Vita, Hellman and Rosenberg's Cancer Principles and Practice. 6 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
2. Cáncer de colon. ¿Cómo diagnosticarlo? [citado 12 Jun 2013].
3. González Contreras QH, Bahena Aponte JA. Cáncer de colon. Rev Gastroenterol Méx. 2010; Supl.1 (75): 65-8.
4. Benson AB, Bekaii-Saab T, Chan E, Yi-Jen C, Choti MA, Cooper HS, et al. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines). Colon Cancer [citado 12 Jun 2013].
5. Bannura G, Cumsille MA. Estimación de la supervivencia en pacientes operados por cáncer de colon: método de Kaplan-Meier. Rev Chilena Cir. 2004; 56(3): 263-8.
6. Machado Pineda M, Rodríguez Fernández Z, González Tuero JH, Rodríguez Ramírez R. Relación diagnóstico y supervivencia en el cáncer de colon. MEDISAN. 2011 [citado 12 Jun 2013]; 15(11).
7. Kozak KR, Moody JS. The impact of T and N stage on long-term survival of rectal cancer patients in the community. J Surg Oncol. 2008; 98(3): 161-6.
8. Van Cutsem E, Dicato M, Haustermans K, Arber N, Bosset JF, Cuniningham D, et al. The diagnosis and management of rectal cancer: expert discussion and recommendations derived from the 9th World Congress on Gastrointestinal Cancer, Barcelona, 2007. Ann Oncol. 2008; 19(Suppl 6): 1-8.
9. Inadomi JM, Vijan S, Janz NK, Fagerlin A, Thomas JP, Yunghui-Vivien L, et al. Method of recommendation for colorectal cancer screening strategies impacts adherence. Gastroenterology. 2010; 138(5 Suppl 1): 23.
10. Instituto nacional del Cáncer. Cáncer de colon [citado 12 Jun 2013].
11. Bestes Ibáñez M, Muñoz Nava M. Factores pronósticos del cáncer colorrectal. An Med Interna (Madrid). 2008 [citado 12 Jun 2013]; 25(7).
12. Decanini-Terán CO, González-Acosta J, Obregón Méndez J, Vega-de Jesús M. Cáncer de recto. Diagnóstico, estadificación y tratamiento. Cir Cir. 2011; 79(5): 481-7.
13. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Centro Cochrane Iberoamericano. Guía de práctica clínica. Actualización 2009. Prevención del cáncer colorrectal. 4. Barcelona: Elsevier [citado 12 Jun 2013]; 2009.
14. Engstrom PF, Arnoletti JP, Benson AB, Yi-Jen C, Choti A, Cooper HS, et al. A National Comprehensive Cancer Network. Rectal Cancer. Clinical Practice Guidelines in Oncology –VI 2010. J Natl Compr Canc Netw. 2009; 7: 838-81.

15. Marzo M, Bellas B, Melús E, Nuin M, Vela C, Vilarrubí M. Prevención del Cáncer Colorrectal. Rev Clin Med Fam. Albacete. 2010 [citado 12 Jun 2013]; 3(2).
16. Razzak A, Oxentenko AS, Vierkant RA, Tillmans LS, Wang A, Weisenberger DJ, et al. Diabetes mellitus (DM) and colorectal Cancer (CRC) risk by molecularly-defined subtypes in a prospective study of older women. Gastroenterology. 2010; 138(5 Suppl 1): 28.
17. Siddiqui A, Chang M, Mahgoub A, Pena Sahdala HN. Increase in body size is associated with an increased incidence of advanced adenomatous colon polyps in male veteran patients. Digestion. 2011; 83(4): 288-90.
18. Takeuchi H, Katajima M, Kitagawa Y. Sentinel lymph node as a target of molecular diagnosis of lymphatic micrometastasis and local immunoresponse to malignant cells. Cancer Sci. 2008; 99(3): 441-50.
19. Unbarrena-Amrzaga R, Ortego J, Fuentes J, Raventos N, Parra P, Uribarrena Echevarría R. Valor pronóstico de las micrometástasis linfoanglionares en pacientes con cáncer colorrectal en estadios A y B de Dukes (T1-T4, N0, M0). Rev Esp Enferm Dig. 2010 [citado 12 Jun 2013]; 102(3).
20. Pendyala S, Holt P. Weight loss reduces rectosigmoid inflammation in obesity-implications for colorectal cancer pathogenesis and prevention. Gastroenterology. 2010; 138(5 Suppl 1): 28.

Recibido: 18 de mayo de 2014.

Aprobado: 21 de junio de 2014.

Ariadna Céspedes Moncada. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: ariadnac@hospclin.scu.sld.cu